

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/21843>

Please be advised that this information was generated on 2017-12-05 and may be subject to change.

'Dual commitment'

Basisconcept voor medisch-ondersteunende dienstverlening
in een academisch ziekenhuis

D.J. Ruiter en W.B.H. van de Vorle

De medisch-ondersteunende specialismen vervullen een centrale rol in de diagnostiek, prognostiek, therapie-evaluatie en kwaliteitsbevordering. Met 'dual commitment' als basisconcept kan aan het ziekenhuisbrede belang van deze specialisten nog meer inhoud worden gegeven. Kernelement hierbij is de wederzijdse betrokkenheid van aanvragend en uitvoerend specialist.

VAN OUDSHER worden de medische specialismen onderverdeeld in poortspecialismen en ondersteunende specialismen. Bij de poortspecialismen fungeert de beroepsuitoefenaar als (mede)behandelend arts. De ondersteunende specialismen genereren de medisch relevante informatie ten behoeve van de behandelend arts en zijn patiënt. Medisch-ondersteunende specialismen zijn de anesthesiologie, de medische microbiologie, de pathologie en de radio-diagnostiek.¹ Evenals de poortspecialismen hebben zij een eigen medische verantwoordelijkheid.

Binnen de moderne geneeskunde zijn de grenzen tussen poortspecialismen en ondersteunende specialismen in termen van functionaliteit aan het vervagen. Oorzaken hiervoor zijn de ontwikkelingen van poortfuncties binnen bepaalde specialismen, zoals de pijnbestrijding binnen de anesthesiologie, en het multidisciplinair werken in het kader van een consultatieve samenwerking tussen de specialisten. In deze context zijn de deelnemende specialismen verantwoordelijk voor een zo hoogwaardig mogelijke inbreng binnen het totale medische traject binnen een ziekenhuis, dat uit diagnostiek, prognostiek, behandeling en nazorg bestaat. De eindverantwoordelijkheid van het totale beleid wordt gedragen door de meest ter zake deskundige behandelend specialist. De medisch-ondersteunend specialist ontwikkelt zich hierbij steeds meer tot centraal diagnostisch manager.

De huidige specialistische zorg binnen

een ziekenhuis is een optelsom en vooral een integratie van hoogwaardige deelprodukten die resulteert in een eindprodukt, te weten de adequate behandeling van de patiënt.

Teneinde de zich snel wijzigende medisch- en sociaal-economische omstandigheden beter het hoofd te kunnen bieden, is men in een aantal academische ziekenhuizen in de afgelopen jaren overgegaan tot een ingrijpende wijziging van de organisatiestructuur met decentralisatie van verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Hierbij werd het aantal organisatorische eenheden gereduceerd door afdelingen en diensten onder te brengen in een beperkt aantal clusters of divisies. De decentralisatie ging gepaard met een eigen budgettaire verantwoordelijkheid van de clusters en het nagenoeg wegvallen van de centrale middelen. Daarbij werd een verhoging van efficiency en effectiviteit van taakuitvoering beoogd. Als uitvloeisel van de decentralisatie werd een structureel bilateraal overleg tussen de clusters voorzien in de vorm van dienstverleningsafspraken. Hiermee werd beoogd door middel van contracten betreffende taken en middelen tot werkbeheersing en financiële vereffening te komen. Deze benadering, waarbij het accent lag op de financiële verrekening voor onderling verleende diensten, kwam echter nogal bureaucratisch over en had weinig draagvlak bij de medici in de organisatie.

Bij een steeds oplopende werkbelasting en een toenemende mate benarde financiële situatie is het voor de verschillende medische specialismen bijzonder moeilijk om te blijven voldoen aan de gestelde eisen in termen van een verantwoorde beroepsuitoefening. Dit geldt zeker voor de medisch-ondersteunende specialismen, die door hun afgeleide positie in het medisch circuit zelf hun verrichtingenaanbod niet goed kunnen beïnvloeden.²

Doel van onze bijdrage is, de bijzondere positie van de medisch-ondersteunende specialismen te belichten tegen de achtergrond van het huidige dilemma tussen specialistische taken enerzijds en financiële middelen anderzijds en aandacht te vragen voor de specifieke problemen die

zich daarbij voordoen.¹⁻³ Om te komen tot een integrale en doelgerichte aanpak van de huidige complexe problematiek wordt het basisconcept van 'dual commitment' gepresenteerd als een managementstijl die inspeelt op het spanningsveld van de kwalitatieve eisen van de beroepsuitoefening en de beperktheid van hiervoor aanwezige middelen. Ter inleiding zal worden ingegaan op de positionering van de medisch-ondersteunende specialismen.

Positionering medisch-ondersteunende specialismen

De medisch-specialistische activiteiten binnen een ziekenhuis laten zich ruwweg verdelen over drie opeenvolgende fasen: diagnostiek (inclusief prognostiek), behandeling en nazorg. Deze maken deel uit van een geïntegreerd medisch traject, waarbij de aard en mate van de specialistische inzet vanzelfsprekend afhankelijk zijn van de betreffende ziekte(categorie) waarvoor de patiënt het ziekenhuis bezoekt. Het ziekenhuisbrede belang van de medisch-ondersteunende specialismen kan worden verduidelijkt aan de hand van een patiënt met een carcinoom, bij wie cyto- en histopathologisch onderzoek is aangewezen bij zowel de diagnostiek en de stadiëring als de peroperatieve en/of postoperatieve radicaliteitsbepaling en het aantonen van een recidief tijdens de follow-up. Bij een infectieziekte wordt vanuit een overeenkomstige optiek tijdens de verschillende fasen van de ziekte medisch-microbiologisch onderzoek verricht. De medisch-ondersteunende specialismen hebben dus in hoofdzaak een volgend karakter ten opzichte van de poortspecialismen en hun activiteiten zullen dus in belangrijke mate een afspiegeling hiervan vormen. Wezenlijk is, dat de ondersteunend specialist zijn eigen medisch-vakinhoudelijke verantwoordelijkheid heeft ten aanzien van de kwaliteit van de uitvoering, de interpretatie van de bevindingen en ontwikkeling van nieuwe technieken.¹⁻³

Het voorafgaande houdt in dat het werk-aanbod in hoofdzaak wordt bepaald door de poortspecialismen, zowel wat betreft het aantal verrichtingen als wat betreft de aard ervan. Wel worden binnen het ei- ■

gen specialisme consultatieve aanvragen verwerkt op grond van een bepaalde specifieke deskundigheid. Deze eigen topreferentiefunctie is binnen specialismen als medische microbiologie en pathologie sterk ontwikkeld en zij draagt in belangrijke mate bij aan de profilering van een laboratorium. De specifieke deskundigheid is deels gestoeld op hoogwaardige technologische ontwikkelingen,¹ deels op diepgaande specialisatie parallel aan die in de aanpalende klinische specialismen. Op basis van deze bijzondere vakinhoudelijke deskundigheid is de medisch-ondersteunend specialist een gelijkwaardige partner in de samenwerking met hooggespecialiseerde klinische collega's. Bij topklinische of topreferentiezorg, uitgevoerd door een poortspecialisme, zullen de betrokken ondersteunende specialismen een navenant zware inspanning moeten leveren, die veelal gepaard gaat met een hoge bewerkelijkheidsgraad. Ook relatief eenvoudige aanvragen in het kader van de reguliere zorg kunnen echter aanleiding geven tot hoogwaardig en/of bewerkelijk onderzoek. Kennis en inzicht over mogelijkheden en beperkingen van medisch-ondersteunende dienstverlening bij de aankomende poortspecialist is dan ook van het grootste belang bij het doelgericht en doelmatig aanvragen van het onderzoek.² Helaas moet worden vastgesteld dat deze nogal eens ontbreken. Naast opleiding en nascholing kunnen door bedrijfskundige analyses en hierop gebaseerde managementstijlen, aanvraaggedrag en communicatie worden gerationaliseerd met betrekking tot effectiviteit en efficiëntie. De kwaliteit van deze communicatie is daarmee direct van invloed op de kwaliteit van zorg en hiermee gerelateerde bedrijfskundige en bestuurlijke processen. In de op dit artikel aansluitende bijdrage wordt hierop nader ingegaan.⁴

'Dual commitment' als basisconcept

Naar aanleiding van het voorafgaande kan men zich afvragen aan welke uitgangspunten een optimale medisch-ondersteunende dienstverlening moet voldoen, rekening houdend met de inhoudelijke, organisatorische en financiële kaders. Ook de noodzaak tot de versterking van de inbreng van de medisch-ondersteunende specialismen bij de ziekenhuisbrede kwaliteitsbewaking dient hierbij nader inhoud te krijgen.

Vanuit medisch perspectief is de kwaliteit van de zorg, toegespitst op functionaliteit en gepastheid, elementair. Het kwaliteitsbewustzijn dient een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid te zijn van aanvragend en uitvoerend specialist en de

onophoudelijke herijking moet via een gestructureerde dialoog plaatsvinden als een continu proces.

Tegelijkertijd dient de medicus een kostenbewustzijn te ontwikkelen en dit door een gestructureerde dialoog met het management te onderhouden. Bijsturing van taken en middelen dient flexibel te geschieden, inspelend op actuele problemen en dynamische maatschappelijke veranderingen. Vanzelfsprekend is een betrouwbaar bedrijfssignaleringssysteem noodzakelijk om de schommelingen in de verrichtingenproductie tijdig op te sporen. Op basis van dergelijke productiegegevens dienen bestuurlijke beslissingen zo veel mogelijk langs de weg van overtuiging, zoals tussen medici gebruikelijk, te worden genomen en gelegitimeerd. Sturing van deze complexe processen en de hoogwaardigheid van het produkt noodzaken ertoe dat ook het management op deze wijze vorm wordt gegeven. Een optimale communicatie op voet van gelijkwaardigheid en op consensus gericht tussen de betrokken actoren is dus voor alle genoemde aspecten van het grootste belang.

Op grond van deze uitgangspunten is het mogelijk om een basisconcept voor medisch-ondersteunende dienstverlening te formuleren. Het concept gaat uit van een *tweeledige wederzijdse verplichting tussen aanvragend en uitvoerend specialist en het hierbij wederzijds betrokken management* en wordt daarom 'dual commitment' genoemd.

De eerste verplichting betreft de kwaliteit van de verrichting. Hieronder wordt verstaan zowel de aard als het niveau van het onderzoek, niet alleen van de verrichting zelf maar ook van de motivering van de aanvraag, de terugkoppeling van de onderzoeksresultaten naar de aanvrager, en een kritische evaluatie met oog op de gepastheid en de doelgerichtheid. Tegelijk bestaat er de verplichting tot kostenbeheersing. Hierin zijn vervat een verantwoording in termen van een regulier productieoverzicht en van een kritische evaluatie gericht op de doelmatigheid van het onderzoek. In beide verplichtingen is er sprake van een integrale en integrerende aanpak van medisch specialisten en bedrijfsmanagement waardoor maximaal synergie kan worden bereikt.

Een aanpak via 'dual commitment' maakt gebruik van de synthese van twee uiteenlopende en vaak zelfs als tegenstrijdig gekwalificeerde principes. Indien als uitgangspunt wederzijdse integriteit met betrekking tot motieven en argumenten wordt verondersteld, kunnen door een rationele positief-kritische grondhouding conflicten worden vermeden en een ho-

gere effectiviteit en efficiëntie van zorgverlening worden bereikt.

Voor het aanvragend en het dienstverlenend specialisme ontstaat hierdoor een transparante situatie met betrekking tot mogelijke inhoudelijke keuzen van dienstverlening, noodzakelijk door de beperktheid van financiële middelen. Er is dus sprake van een gestructureerde dialoog tussen de medisch specialisten en het management met als eerste prioriteit kwaliteit en als tweede prioriteit kostenbeheersing. Hierbij bestaat een gedeelde verantwoordelijkheid op basis van een gemeenschappelijk medisch belang, namelijk het op een zo hoog mogelijk niveau uitoefenen van een vakgebied en het verder ontwikkelen ervan, alsmede de kostenbeheersing op basis van solidariteit omwille van de maatschappelijke en financiële kaderstelling. Deze wijze van gestructureerde samenwerking en integrale verantwoordelijkheid is volledig vergelijkbaar met die in het kader van een gesubsidieerd wetenschappelijk onderzoeksproject, waarbij de optelsom van de inbreng der projectleiders inhoudelijk gezien meerwaarde heeft en de verplichting tot kostenbeheersing vanzelfsprekend is als gevolg van de vooraf samen opgestelde projectbegroting. Gezien de wetenschappelijke invalshoek lijkt het concept ook of zelfs vooral geschikt voor een integraal management van keuzen in hoogwaardige medisch-specialistische activiteiten, zoals topklinische zorg en topreferentiezorg. Het management is hierbij ook integrerend in de zin van voortdurend bijsturend en katalyserend.

De betrekkelijke kleinschaligheid van de samenwerkingsgebieden en de diversiteit ervan maken dat 'dual commitment' niet enkel op het niveau van clusters of divisies zou moeten worden geïnitieerd, maar ook op afdelings- en sectieniveau. De attitude die uit 'dual commitment' voortvloeit is op alle niveaus binnen de organisatie van belang. De uitwerking van het concept qua cultuur, structuur en proces wordt in het artikel hierna besproken.

Tot slot

Wederzijdse betrokkenheid van aanvragend en uitvoerend specialist is een kern-element van 'dual commitment' als basisconcept voor medisch-ondersteunende dienstverlening. Deze betrokkenheid betreft zowel de kwaliteit van de verrichtingen als het kostenbewustzijn. Wanneer deze worden gesublimeerd tot gemeenschappelijk beleid, een zogeheten kwaliteitspact, is een politiek klimaat voorhanden waarin de bijbehorende financiële consequenties op rationele gronden worden onderkend. Een goed registratie- en signaleringssysteem voor de verrichtin- ■

gen is weliswaar een noodzakelijk hulpmiddel, maar het mag geen doel op zich worden dat leidt tot onnodige bureaucratisering.

De participatie van het management binnen het 'dual commitment' is wezenlijk, waardoor het kan uitgroeien naar daadwerkelijk integraal en integrerend management. De benodigde financiële ruimte voor het implementeren en uitbouwen van het concept moet vooralsnog in gezamenlijkheid worden opgebracht, te weten op afdelings-, cluster- en ziekenhuisbestuursniveau. De medisch-ondersteunend specialist kan en moet door zijn cen-

trale rol als diagnostisch manager bij 'dual commitment' het ziekenhuisbrede belang van het specialisme nog meer inhoud geven. •

prof.dr D.J. Ruiter,
patholoog, voorzitter clusterbestuur, Instituut voor Pathologie, Cluster Paraklinische Specialismen, Academisch Ziekenhuis St. Radboud, Nijmegen

drs W.B.H. van de Vorle,
bedrijfskundige, manager clusterbestuur, Cluster Paraklinische Specialismen, Academisch Ziekenhuis St. Radboud, Nijmegen

De auteurs betuigen erkentelijkheid aan dr R. Giard, prof.dr F. Gribnau, dr H. Schuurmans Stekhoven en mrdrs. J. Thia-dens voor het kritisch becommentariëren van de tekst en aan mw J. Burgers-Ariëns voor secretariële ondersteuning.

Literatuur

1. Giard RWM. De veranderende plaats van de patholoog in de medische zorg. I. Steeds meer mogelijkheden met steeds minder materiaal. Ned Tijdschr Geneesk 1995; 139: 108-10.
2. Giard RWM. De veranderende plaats van de patholoog in de medische zorg. II. Wat moet wel en wat niet naar de patholoog? Ned Tijdschr Geneesk 1995; 139: 100-13.
3. Giard RWM. De veranderende plaats van de patholoog in de medische zorg. III. Van epiloog naar proloog. Ned Tijdschr Geneesk 1995; 139: 113-5.

'Dual commitment' als managementstijl in ziekenhuizen

W.B.H. van de Vorle en D.J. Ruiter

De besturingsmogelijkheden van instellingen als het ziekenhuis zijn beperkt. Met 'management by dual commitment' wordt een managementstijl gepresenteerd die zowel qua cultuur, structuur als proces inspeelt op het type organisatie.

SINDS JAREN STAAT het management van non-profitorganisaties in de belangstelling. Zowel in de theorie als in de praktijk van deze organisaties wordt in toenemende mate aandacht gegeven aan de specifieke problemen waarmee de bestuurders worden geconfronteerd. Organisatiekundigen als Mintzberg bezien de structuur van de non-profitorganisaties, zoals ziekenhuizen, vanuit de aard van de primaire werkprocessen waarbij de voor hen noodzakelijke coördinatiemechanismen in belangrijke mate bepalend zijn voor de vorm van de organisatie.¹

Ziekenhuizen worden door Mintzberg qua structuur omschreven als 'professionele bureaucratieën'. 'Professioneel', omdat het primaire proces binnen de organisatie wordt uitgevoerd door professionals die in hoge mate autonoom functioneren en kenmerken bezitten die algemeen aan hen worden toegeschreven, in het bijzonder de wijze van onderling afstemmen via gemeenschappelijke vaardigheden, kennis en mondelinge communicatie met een hoge mate van 'shared values'. 'Bureaucratieën' - niet in de betekenis van een

overmaat van regelgeving - aangezien het ziekenhuis in een relatief stabiele omgeving verkeert waarbij de algemene organisatie en de werkprocessen vooraf worden gepland. Beide kenmerken zijn van belang voor de (on)mogelijkheden om deze organisaties te managen.

Paradox

Momenteel blijft de groei van de financiële middelen van ziekenhuizen achter bij de omvang en de intensiteit van het beroep dat erop wordt gedaan. Een andere vorm van management is hierdoor noodzakelijk geworden waarbij met de kenmerken van professionele organisaties rekening zal moeten worden gehouden.

De eindigheid van middelen noodzaakt in toenemende mate dat een heroverweging met betrekking tot effectiviteit (de goede dingen doen) en efficiëntie (de dingen goed doen), en verklaart in belangrijke mate de intrede van managementstijlen uit de commerciële sector in de non-profitorganisatie gedurende de laatste tien jaar. Het karakter van het huidige ziekenhuismanagement is daardoor sterk aan verandering onderhevig. De traditionele bedrijfsvoeringsmodellen uit de profit-sector kunnen echter in de ziekenhuisorganisatie gezien het produkt: patiëntenzorg, niet zonder meer worden toegepast. Zowel de primaire doelstelling van de ziekenhuisorganisatie, het geven van optimale zorg, en niet een winststreven, als het kenmerk van de arts-patiëntrelatie geeft weinig ruimte voor hiërarchisch-financieel bedrijfsmanagement.

De spanning tussen management en me-

dische professie kan hierdoor aanzienlijk oplopen. Medische professionals laten zich volgens Weggeman immers niet beheersen door het opleggen van regels en procedures.² Ziekenhuisorganisaties steilen dan ook, uitgaande van het feit dat de besturingsmogelijkheden beperkt zijn, hoge eisen aan hun managers en hun stijl van leiding geven. Indien de uitspraak van Weggeman juist is, welke mogelijkheden of instrumenten heeft het management dan concreet ter beschikking om tot sturing te komen?

Een bekende oplossing die wordt toegepast om aan de genoemde paradox tegemoet te komen is managementparticipatie van medici in de vorm van een 'integraal management'. Deze benadering gaat ervan uit dat medische betrokkenheid bij bestuurlijke organisatorische vraagstukken de adequaatheid en de acceptatie voor het maken en doorvoeren van keuzen vergroot. Integraal management maakt dan ook een sterke opmars binnen ziekenhuisorganisaties.

Nieuw concept

Binnen het Academisch Ziekenhuis Nijmegen speelt bovenstaande vraagstelling tegen de achtergrond van een reorganisatie, bekend als 'Sterker Door Integratie',³ waarbij gebruik is gemaakt van een zevental interdependente variabelen ontleend aan het McKinseys 7S model.⁴ Dit model gaat ervan uit dat om tot veranderingen in organisaties te komen veranderingen moeten worden verwezenlijkt in variabelen als structuur, strategie, personeel, stijl van management, systemen, ■